

דו"ח מידע ראשוני – הורה

	תאריך
	שם ומשפחה
	תאריך לידה
	כתובת
	מייל
	נייד
	גורם מפנה

מידע כללי

הריון \ לידה _____

ראייה \ שמיעה \ רגישות למגע _____

תפקוד מוטורי כללי _____

מחלות \ אלרגיות \ תרופות \ כאבים _____

פעילות גופנית _____

חוגים _____

מה מפריע לילד? (הקשיים) _____

מטרות הטיפול? _____

בהיבט הרגשי

התארגנות והתמודדות עם משימה

תקשורת חברתית

בטחון עצמי

סף תסכול

מוטיבציה

אימפולסביות – תוקפנות

פעילות יתר \ תת פעילות

ביטוי רגש

דימוי עצמי

פחדים
